



Nº de Registro  
(Secretaría Técnica)

Identificación Fichero  
(aabbccn.doc)

vallmolla1.doc

## PRESENTACIÓN DE RESÚMENES

Autores (Minúsculas) ana vall-llossera moll de alba, merixell sánchez amat, mireia fàbregas escurriola, francesc fina avilés, josep casajuana brunet

Centro de Trabajo cap bon pastor, cap besòs, ICS àmbit barcelona ciutat, ICS SISAP

Autor para contacto ana vall-llossera moll de alba

Dirección de contacto c. mollerussa s/n, 08030 Barcelona

TF. 636823801 FAX E-MAIL nanivall@gmail.com

## RESUMEN

¿Cómo nos equivocamos los profesionales de atención primaria?

Objetivos: Análisis cualitativo de los eventos adversos e incidentes declarados en un sistema de notificación confidencial en el marco de una intervención para introducir la cultura de la seguridad en los equipos de atención primaria.

Material y métodos: Estudio multicéntrico descriptivo transversal. Aceptaron participar 21 equipos de atención primaria; 750 profesionales (médicos y enfermeras). Se informa de la existencia de un sistema confidencial de notificación de eventos adversos. Notificación voluntaria entre 06/2007 y 12/2008. Análisis por pares de las notificaciones: error/no error, acción/omisión, proceso asistencial donde se produce error (clínico: técnico, diagnóstico, terapéutico, de seguimiento; administrativo; comunicativo), proceso asistencial afectado por el error.

Resultados: De las 49 notificaciones recibidas de 19 profesionales diferentes (2,53% de los participantes), 5 fueron incompletas y no pudieron analizarse. El 10% fueron consideradas por las revisoras como "no error". El 51% de los errores fueron por omisión (consecuencia de dejar de hacer una actuación considerada óptima).

El proceso en el que tuvo lugar el error en el 49% fue el administrativo, en el 21% el comunicativo, y en el 31% el clínico (17% técnico, 42% diagnóstico y 42% terapéutico). El proceso que acabó resultando afectado fue el clínico en el 97% de los casos (39% diagnóstico, 56% terapéutico y 6% de seguimiento).

Conclusión: El bajo número de notificaciones obtenidas en el tiempo de estudio reflejan la incipiente cultura de la seguridad del paciente en nuestro medio y las reticencias ante la notificación a causa de la visión punitiva y culpabilizadora imperante.

Aunque los actos erróneos se concentran principalmente en actividades del proceso administrativo, el proceso que finalmente se ve afectado es mayoritariamente el clínico. Por este motivo sería recomendable implantar sistemas de seguridad para prevenir errores en los procesos administrativos del trabajo de los profesionales sanitarios.

## PREFERENCIA DE PRESENTACIÓN

Oral  Póster  Indistinto

## LÍNEA TEMÁTICA

- Formación en SP, cultura, epidemiología, y otras cosas generales
- Análisis de problemas, (AMFE, ACR)
- Medicamentos
- Comunicación entre niveles
- Higiene de manos, si hay alguna acción original
- Formas organizativas en los centros
- Otros